**PRILOGA 3: Izjave in dokazila (v skladu s točko II.)**

IZJAVA PONUDNIKA, DA IZPOLNJUJE KADROVSKE IN PROSTORSKE POGOJE

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, da:

* imam zagotovljeno potrebno število usposobljenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter
* imam zadostne in ustrezne prostorske kapacitete in opremo za izvedbo obsega programa, na katerega kandidiram.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA O PRIDOBLJENEM DOVOLJENJU ZA OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI ALI ODLOČBE O VPISU V REGISTER

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, da v ponudbi nisem priložil dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, zato Ministrstvu za zdravje dovoljujem dostop do teh podatkov, ki se vodijo v uradni evidenci.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA IZJAVA O ZAPOSLITVI ODGOVORNEGA NOSILCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, da imam zaposlenega za polni ali krajši delovni čas odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti sorazmerno glede na predvideni obseg izvajanja posamezne vrste zdravstvene dejavnosti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, za tisto vrsto zdravstvene dejavnosti, v katero sodi zdravstvena storitev, za katero se prijavljam na nacionalni razpis.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA O OPRAVLJENIH ZDRAVSTVENIH STORITVAH

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, da sem v posameznem letu 2019 in 2020 opravil vsaj 10% storitev oz. VZS, ki sem jih prijavil na nacionalni razpis oziroma je odgovorni nosilec zdravstvene dejavnosti, ki opravlja storitve pri meni opravil vsaj 10% storitev ali VZS, ki sem jih prijavil na nacionalni razpis.

V kolikor za ponudnika VZS poleg odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti opravljajo tudi pogodbeni delavci (zdravstveni delavci zaposleni preko podjemne pogodbe), se šteje, da ponudnik izpolnjuje pogoje za prijavo na nacionalni razpis, in sicer če je pogodbeni zdravstveni delavec pri ponudniku VZS v posameznem letu 2019 in 2020 opravil vsaj 10% VZS, ki jih je ponudnik prijavil na nacionalni razpis.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA O VKLJUČITVI v eNaročanje in z-NET

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, sem vključen v eNaročanje in z-NET oz. da se bom v roku 21 dni po podpisu pogodbe vključil v eNaročanje in z-NET.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA O DOLOČANJU TERMINOV IN POROČANJU

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, bo eNaročanje izvedeno na način, da bi možno s pomočjo ustrezno prilagojenega lokalnega informacijskega sistema redno sporočati proste točne termine za storitve z navedenim datumom in uro izvedbe storitve, ki jih opravljamo v okviru nacionalnega razpisa (proces A), da bomo o storitvah poročali o čakalnih seznamih (proces B), poročali o realiziranih terminih (proces C) in zaključevali termine v eNaročanju.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA O POSREDOVANJU IZVIDOV V CRPP

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, da bom izvide, za zdravstvene storitve, ki jih bom opravil v okviru nacionalnega razpisa, pošiljal v CRPP in da imam urejen vpis v RIZDDZ oz. bom v roku 14 dni po podpisu pogodbe uredil vpis v RIZDDZ.

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)

IZJAVA PONUDNIKA O ELEKTRONSKEM POSREDOVANJU RAČUNOV IN SPECIFIKACIJ STORITEV

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (priimek in ime zakonitega zastopnika ponudnika) zakoniti zastopnik ponudnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (naziv ponudnika), s sedežem v/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (sedež ponudnika) izjavljam, da bo računu priložena specifikacija po pacientih (KZZ številka) in storitvah v elektronski obliki da bom račune s specifikacijo pripravil skladno s Standardom za elektronsko poslovanje (<https://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2017/08/navodila1_4.pdf>).

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis ponudnika)